



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE  
**RENNES**

---

**Directeur des Soins**

*Promotion 2002*

---

**APRES LA VISITE D'ACCREDITATION :  
LE DIRECTEUR DES SOINS ET LA  
PERENNISATION DES DEMARCHES QUALITE**

---

**Catherine RENAULT**

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>I : LE CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 L'accréditation.....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Présentation de la démarche.....	4
1.1.2 Le point sur l'accréditation.....	8
<b>1.2 L'amélioration continue de la qualité.....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Les concepts : .....	10
1.2.2 La qualité dans les établissements de santé .....	12
<b>1.3 La démarche qualité et le management.....</b>	<b>15</b>
1.3.1 Le management dans le manuel d'accréditation.....	15
1.3.2 Le management participatif .....	18
1.3.3 Le management par projet.....	19
<b>II ENQUÊTE, RÉSULTATS, ANALYSE.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 L'enquête .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 La démarche méthodologique .....	23
2.1.3 Les limites de l'enquête .....	26
<b>2.2 Synthèse des entretiens .....</b>	<b>26</b>
2.2.1 L'impact de la visite d'accréditation.....	26
2.2.2 L'institutionnalisation de la démarche qualité.....	27
2.2.3 Le rôle et l'implication du Directeur des Soins.....	29
2.2.4 La collaboration Directeur des Soins / Directeur Qualité.....	30
2.2.5 Les freins à la pérennisation des démarches qualité.....	31
2.2.6 Les moteurs de la pérennisation des démarches qualité.....	32
2.2.7 L'implication de la communauté médicale .....	32
<b>2.3 Analyse des entretiens et validation de l'hypothèse .....</b>	<b>33</b>

<b>III PROPOSITIONS D’ACTIONS.....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Projet qualité, projet de soins, management :.....</b>	<b>36</b>
3.1.1 Un projet de soins en cohérence avec le projet qualité : .....	36
3.1.2 La qualité, outil de management participatif du Directeur des Soins... 38	
3.1.3 Le Directeur des Soins et le management par projet .....	44
<b>3 .2 Le positionnement des cadres de santé dans la démarche         d’amélioration continue de la qualité.....</b>	<b>49</b>
 <b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>56</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ANAES** : Agence **N**ationale d'**A**ccréditation et d'**E**valuation en **S**anté  
**ANDEM** : Agence **N**ationale pour le **D**éveloppement de l'**E**valuation **M**édicale  
**ARH** : Agence **R**égionale de l'**H**ospitalisation  
**CME** : Commission Médicale d'**E**tablissement  
**DIP** : **D**roits et **I**nformation du **P**atient  
**DPA** : **D**ossier du **P**atient  
**ENSP** : **E**cole **N**ationale de la **S**anté **P**ublique  
**GFL** : **G**estion des **F**onctions **L**ogistiques  
**GRH** : **G**estion des **R**essources **H**umaines  
**GSI** : **G**estion des **S**ystèmes d'**I**nformation  
**IFSI** : **I**nstitut de **F**ormation en **S**oins **I**nfirmiers  
**ISO** : **I**nternational **O**rganisation for **S**tandardisation  
**MEA** : **M**anagement de l'**E**tablissement et des secteurs d'**A**ctivité  
**OPC** : **O**rganisation de la **P**rise en **C**harge du patient  
**PAQ** : **P**rogramme d'**A**mélioration de la **Q**ualité  
**QPR** : **G**estion de la **Q**ualité et **P**révention des **R**isques  
**SPI** : **S**urveillance, **P**révention et contrôle du risque **I**nfectieux  
**VST** : **V**igilances **S**anitaires et **S**écurité **T**ransfusionnelle

## INTRODUCTION

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée impose à tous les établissements de santé publics et privés une procédure externe d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dénommée accréditation. Cette procédure d'accréditation est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S ) mais est engagée sur l'initiative de l'établissement. Elle comporte cinq étapes :

- la demande d'engagement de l'établissement
- l'auto-évaluation réalisée par l'établissement
- la visite des experts visiteurs
- le rapport des experts visiteurs
- le rapport du collège d'accréditation

En avril 2001 (date limite arrêtée par le décret de 24 avril 1996) tous les établissements ont fait leur demande d'engagement.

Beaucoup d'établissements ont réalisé ou sont en cours de réalisation de leur auto-évaluation. De nombreux témoignages sur le vécu, la méthodologie, les difficultés et les bénéfices ont fait l'objet de travaux écrits.

Fin juillet 2002, 125 comptes-rendus d'accréditation sont accessibles sur le site Internet de l'ANAES. Ces 125 établissements ont donc le retour des conclusions du collège d'accréditation sur leurs forces et leurs faiblesses en matière de qualité et de sécurité des soins.

Une analyse des 100 premiers comptes-rendus réalisée en avril 2002 présente une cartographie des référentiels et références concernés par les recommandations, les réserves et les réserves majeures. Cette étude permet de pointer les axes d'amélioration que doivent développer les établissements.

L'accréditation vise à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein d'un établissement. L'auto-évaluation est un premier élément déclencheur de cette dynamique. La plupart des retours d'expériences de cette étape de la démarche d'accréditation témoignent en général d'une forte

implication des équipes, d'un intérêt certain pour le travail pluridisciplinaire qu'elle engendre et d'un investissement important.

Le deuxième élément déclencheur est la réception du rapport du collège d'accréditation, avec ses appréciations, souvent des recommandations et parfois des réserves. Sauf réserves ou réserves majeures, l'établissement a 5 ans pour répondre de manière exhaustive aux exigences du manuel d'accréditation.

**La procédure d'accréditation est une démarche continue qui ne doit pas s'arrêter une fois la visite effectuée. Les décisions du collège d'accréditation doivent constituer des facteurs incitatifs au changement.**

L'objectif principal de l'accréditation est d'inciter à la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé. La **qualité est** avant tout un état d'esprit, **une démarche permanente** où les professionnels ont une place prépondérante. Cette démarche représente pour les organisations un changement profond et ne peut se limiter à l'introduction d'outils et de méthodes. C'est une transformation progressive des schémas culturels (notion de processus transversaux de soins, participation des professionnels aux projets institutionnels), des modes de fonctionnement (décloisonnement des différents corps de métiers) et d'organisation.

Cette démarche s'inscrit dans la durée. Les difficultés potentielles ne sont, bien souvent, pas liées à la phase d'initialisation mais surviennent plus volontiers au moment de la pérennisation. Cette dernière implique un style de gestion qui motive les professionnels à devenir acteurs à part entière, à participer et à coopérer à tous les niveaux de l'organisation.

**Comment le Directeur des Soins peut-il être porteur de la démarche et garantir l'investissement des professionnels qu'il représente ?**

**Quelle stratégie peut-il développer pour maintenir la dynamique qualité ?**

**Quels sont les freins, quels sont les moteurs à la pérennisation des démarches qualité ?**

Une première partie, cadre de référence de l'étude, déclinera les différents concepts entrant dans la problématique : accréditation, amélioration continue de la qualité, management participatif par projet. Ceci nous amènera à élaborer l'hypothèse de travail suivante :

**Le Directeur des Soins, par son statut et ses missions spécifiques centrées sur le patient et le soin, peut être un acteur clé de la réussite des programmes d'amélioration continue de la qualité si :**

- **il définit une politique de soins en cohérence avec la politique qualité de l'institution**
- **il privilégie un mode de management participatif par projet.**

La deuxième partie questionnera la réalité à travers une enquête réalisée dans 7 établissements de santé, auprès de Directeurs des Soins et de Directeurs Qualité afin de vérifier notre hypothèse.

Dans la troisième partie de ce travail, nous présenterons des propositions d'actions en terme:

- de formalisation d'une politique d'amélioration continue de la qualité au travers du projet de soins
- de management des cadres de santé dans un objectif de travail partenarial entre la Direction des Soins et l'encadrement.

# I : LE CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

## 1.1 L'ACCREDITATION

### 1.1.1 Présentation de la démarche

#### 1.1.1.1 Définition

*« L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé »<sup>1</sup>.*

Elle concerne tous les établissements de santé publics et privés ainsi que les groupements de coopération sanitaire entre établissements et les réseaux de soins.

Elle a pour objectifs :

- l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- l'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient ;
- la formulation de recommandations explicites ;
- l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité ;
- la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé ;
- l'amélioration continue de la confiance du public.

L'accréditation est un audit qui concerne toutes les activités de l'hôpital. Elle repose sur des référentiels portant sur l'ensemble de l'organisation hospitalière et donne lieu à une évaluation professionnelle interne (l'auto-

---

<sup>1</sup> ANAES : Manuel d'accréditation, février 1999

évaluation) puis externe par des pairs (visite des experts-visiteurs). Elle a pour but de permettre une amélioration qui sera appréciée non seulement à un moment donné mais aussi dans le temps : l'accréditation est un processus renouvelable tous les 5 ans.

#### 1.1.1.2 Le contexte

Le système de santé est entré dans une période de réformes depuis les années 1990. La nécessité de transparence et de sécurité a été renforcée notamment par les affaires de sécurité sanitaire. Les scandales qui ont éclaté au cours des années 90 (sang contaminé...) ont engendré une modification de la perception culturelle et politique, par le grand public, des questions touchant à la santé. Il est incontestable que l'aspiration forte des Français à la santé s'accompagne légitimement d'une exigence tout aussi forte de qualité et de sécurité. Au droit de comprendre, attesté par le développement des actions en justice, s'est ajouté le besoin de savoir à priori. Les usagers, relayés par les médias, sont donc à la recherche d'informations objectives et fiables leur permettant de faire des choix quant à la qualité des prestations offertes par les établissements de soins. La procédure d'accréditation, et en particulier la mise à disposition du public des comptes-rendus d'accréditation, apporte une réponse à ces attentes.

Par ailleurs, la maîtrise nécessaire des dépenses de santé engendre la recherche d'une efficacité et d'une efficience accrue dans l'organisation des établissements de santé et dans la prise en charge des patients.

#### 1.1.1.3 Le manuel d'accréditation

Le manuel d'accréditation contient l'ensemble des exigences sur lesquelles l'ANAES s'appuie lors de la procédure d'évaluation. Elaboré par une commission de professionnels et testé sur le terrain, ce référentiel constitue :

- un outil de diagnostic préalable pour évaluer le niveau de qualité de l'institution, des différents secteurs d'activité et des services ;
- une trame possible pour construire l'organisation qualité ;
- la référence à partir de laquelle se déroulera la visite d'accréditation.

Il se divise en 10 référentiels, organisés selon le plan suivant :

*I Le patient et sa prise en charge*

1. Droits et Information du Patient (DIP)
2. Dossier du Patient (DPA)
3. Organisation de la Prise en Charge du patient (OPC)

*II Management et gestion au service du patient*

1. Management de l'Etablissement et des secteurs d'Activité (MEA)
2. Gestion des Ressources Humaines (GRH)
3. Gestion des Fonctions Logistiques (GFL)
4. Gestion du Système d'Informations (GSI)

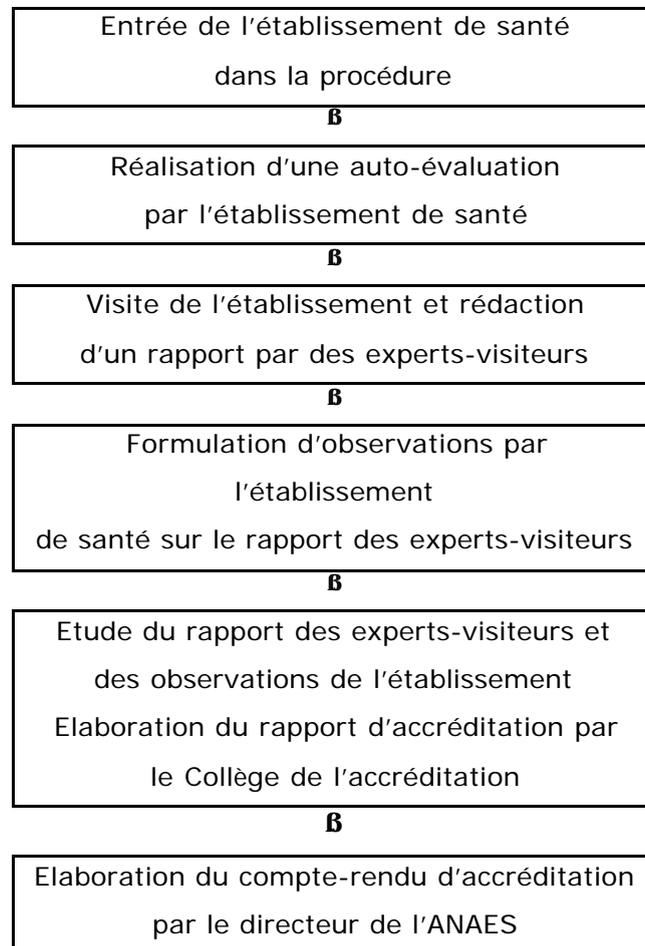
*III Qualité et prévention*

1. Gestion de la Qualité et Prévention des Risques (QPR)
2. Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle (VST)
3. Surveillance, Prévention et contrôle du risque Infectieux (SPI)

Chaque référentiel comporte un certain nombre de critères qui traduisent les exigences de l'ANAES et permettent l'identification des dysfonctionnements. Nous pouvons augurer que ces exigences seront de plus en plus sévères au fil des ans. Ce n'est qu'ainsi que l'on pourra parler d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

#### 1.1.1.4 Le déroulement de la procédure

Elle comporte 6 étapes :



- ✓ L'autoévaluation est la phase essentielle de la procédure d'accréditation. Elle permet à l'établissement de santé de réaliser son diagnostic qualité, donc de définir puis de mettre en œuvre sa politique d'amélioration continue de la qualité. Elle permet une prise de conscience individuelle et collective qui, confortée par l'analyse des experts-visiteurs, générera plus facilement des décisions de changement bénéfiques pour l'établissement et donc pour le patient.
- ✓ Les experts-visiteurs ont pour mission d'apprécier l'auto-évaluation réalisée par l'établissement et la méthodologie développée à travers l'analyse de cette auto-évaluation, la rencontre des groupes de travail, les entretiens individuels avec des professionnels et des patients ainsi que la visite des lieux. Ces

experts-visiteurs exercent leur mission en équipe multiprofessionnelle : médecins, paramédicaux et gestionnaires. Ils sont formés par l'ANAES.

- ✓ Le rapport d'accréditation résulte de l'examen, par le collège d'accréditation, du rapport des experts-visiteurs et des observations de l'établissement au rapport des experts. Il notifie la satisfaction ou la non-satisfaction à la procédure d'accréditation. Il comporte les appréciations du Collège formulées sous une forme graduée, déterminant les modalités de suivi et la durée de l'intervalle entre 2 procédures d'accréditation.

<b>Appréciations</b>	<b>Modalités de suivi</b>	<b>Délai d'engagement entre deux procédures</b>
Sans recommandation	Par l'établissement de santé	5 ans
Avec recommandations	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi des recommandations en perspective de la prochaine procédure	5 ans
Avec réserves	L'établissement de santé réalise un bilan de suivi et le transmet à l'ANAES à échéance déterminée	Moins de 5 ans
Avec réserves majeures	L'ANAES demande que l'établissement de santé apporte des solutions aux questions ayant fait l'objet de réserves majeures à échéance donnée	Moins de 5 ans et visite ciblée à échéance fixée sur les questions ayant fait l'objet de réserves majeures.

### **1.1.2 Le point sur l'accréditation**

#### **1.1.2.1 La perception de l'accréditation par les établissements de santé**

L'ANAES a fait réaliser, entre le 29 mai et le 6 juin 2001 une enquête d'opinion dans les établissements de santé afin de connaître la perception de l'accréditation et l'état d'avancement de la procédure<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> BRUNEAU C., MOUNIC V., LACHENAYE-LLANAS C. Une enquête nationale de l'ANAES, : Le point sur l'accréditation, Gestions Hospitalières, janvier 2002, pp15-18

417 établissements ont répondu, 70 avaient eu leur visite d'accréditation.

Parmi les 347 établissements n'ayant pas reçu la visite de l'ANAES, 56% déclarent avoir réalisé une procédure d'auto-évaluation à des fins de diagnostic interne.

L'ensemble des établissements trouve la procédure d'accréditation utile (96%), génératrice de changement (94%), enrichissante (94%) mais lourde (93%).

#### 1.1.2.2 L'analyse des premiers résultats

Un article paru dans la revue *Gestions Hospitalières* en avril 2002 présente une analyse des 100 premiers comptes-rendus publiés par l'ANAES<sup>3</sup>. « L'objectif principal de cette étude est de déterminer les thèmes du manuel d'accréditation ayant souvent fait l'objet de décisions. Elle met en évidence les dysfonctionnements les plus souvent constatés dans les établissements de santé ».

Il apparaît que sur ces 100 établissements :

- 9 ont fait l'objet d'une accréditation sans recommandation
- 47 ont fait l'objet d'une accréditation avec recommandations
- 40 ont fait l'objet d'une accréditation avec réserves
- 4 ont fait l'objet d'une accréditation avec réserves majeures. Celles ci concernent le domaine de la sécurité.

Les réserves concernent essentiellement les référentiels : DPA, QPR, VST et SPI. Le critère le plus fréquemment visé par les réserves est celui qui concerne la signature des prescriptions médicales (16 établissements).

Les recommandations formulées par le collège d'accréditation sont au nombre de 499 et concernent les référentiels : OPC, DPA, GFL, DIP, GRH.

Ainsi donc, le collège signifie dans ses décisions que la satisfaction de certains critères est une priorité (signature et identification des prescriptions médicales, recherche du consentement éclairé du patient et réflexion bénéfique – risque, respect de l'intimité et de la dignité du patient...).

---

<sup>3</sup> DAUCOURT V., MICHEL P.L'accréditation passée au crible dans 100 premiers comptes-rendus publiés par l'ANAES, *Gestions Hospitalières*, avril 2002

Certes, la lecture des comptes-rendus témoigne de nombreux dysfonctionnements existant dans les établissements de santé, mais le concept d'accréditation renvoie à une appréciation de la qualité globale d'un établissement à un moment "T". L'accréditation a pour objectif de faire émerger et de consolider la qualité et la sécurité.

**L'accréditation est un processus sans fin qui amène à contrôler un niveau de qualité puis à amener les établissements à l'augmenter. C'est le processus d'amélioration continue de la qualité.**

## **1.2 L'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE**

### **1.2.1 Les concepts :**

La norme ISO 84 002 définit la **qualité** comme « l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ».

La notion de qualité n'est pas nouvelle. Elle existe depuis l'ère de l'industrialisation et se manifeste dans les principes du management comme dans l'organisation du travail. Cependant, le taylorisme ne favorise pas l'avancement de ce concept du fait de la dépersonnalisation des tâches. **La qualité ne concerne que le produit ou le service.** Elle est obtenue par le contrôle final du produit. **C'est l'ère du contrôle de qualité.**

Progressivement le contrôle s'intègre à la production, ce qui conduit à améliorer à la fois la qualité du produit et le rendement du processus. Le concept **d'assurance de la qualité** apparaît. C'est « l'ensemble des actions pré-établies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité »(norme ISO 84 002). « **Donner confiance** constitue un objectif et implique une motivation qui concerne les différentes activités développées au sein de l'entreprise comme chez le client, sur le plan individuel comme sur le plan collectif ; **"appropriée"**

signifie que l'ensemble des dispositions pré-établies est adapté à la fonction et à l'usage prévu du produit ou du service »<sup>4</sup>

L'assurance qualité s'intéresse à la qualité du processus et non plus exclusivement à la qualité du produit. « Ce concept correspond à une décentralisation des responsabilités, à un enrichissement des tâches, à des relations client – fournisseur, à une participation plus grande du personnel à des objectifs communs. La notion de prévention s'introduit dans ce contexte car il améliore à la fois la qualité des produits et le rendement du processus »<sup>5</sup>

Vers les années 1980, le concept "**qualité totale**" introduit une dimension supplémentaire : la gestion de la qualité intéresse toute l'entreprise y compris le personnel. La qualité totale se définit à travers cinq impératifs :

- la conformité : la qualité, c'est la conformité du produit aux besoins du client.
- la prévention : c'est une stratégie conduisant à remonter aux causes d'erreurs, défaillances, dysfonctionnements pour les supprimer.
- La recherche de l'excellence : ou la progression vers le "zéro défaut".
- La responsabilité de tous les collaborateurs en ce qui concerne la qualité de leur travail et la qualité de vie au travail.
- La recherche de moyens pour mesurer les résultats.

**La démarche d'amélioration continue de la qualité** se définit quant à elle comme l'ensemble des actions entreprises dans l'organisme, en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus pour apporter des avantages accrus à la fois à l'organisme et à ses clients.

Les entreprises développent de plus en plus **le management de la qualité** en tant qu'« ensemble des activités de la fonction générale de management qui déterminent la politique qualité, les objectifs et les responsabilités, les mettent en œuvre par des moyens tels que la planification de

---

<sup>4</sup> PERIGORD M., Réussir la qualité totale, Paris, Editions d'organisation, 1987

<sup>5</sup> HUBINON M., Management des unités de soins, De Boeck Université, p 33

la qualité, la maîtrise de la qualité, l'assurance de la qualité dans le cadre du système qualité ».

**Le management de la qualité totale (TQM)** est, quant à lui, « un mode de management de l'entreprise, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour tous les membres de l'organisation et pour la société » (norme ISO 84002).

Cette approche conceptuelle des différents champs d'application de la qualité montre que la notion de qualité a évolué d'un système correctif avec une qualité constatée (contrôle de la qualité) vers un système préventif avec une qualité maîtrisée (management de la qualité).

Alors que la qualité constitue depuis de nombreuses années un enjeu majeur pour le développement et la pérennité des industries et des sociétés de services, ses perspectives de développement dans le secteur de la Santé ne sont apparues que plus récemment, du moins de manière formalisée.

## **1.2.2 La qualité dans les établissements de santé**

### 1.2.2.1 Historique

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de santé. Elle a fait l'objet de plusieurs définitions dont la plus communément admise est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé :

*« Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*

Le secteur de la santé a développé depuis les années 70 des méthodes et des outils destinés à améliorer la qualité des soins. En effet, partant du constat

des variations des pratiques médicales et soignantes pas toujours justifiées, et de l'augmentation croissante des coûts des prestations, les professionnels ont développé des méthodes visant à réduire ces variations. Dans le cadre de ces méthodes, l'amélioration de la qualité passe par l'élaboration de références professionnelles et par le développement d'outils de mesure de la qualité et de ses résultats. La méthode la plus couramment utilisée est l'audit clinique qui est défini par l'ANDEM comme « une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les améliorer ».

Dans cette approche, l'amélioration porte sur la réduction des écarts dans la pratique par rapport à un élément pré-établi.

En référence aux concepts développés précédemment, nous pouvons dire que cette approche correspond au "contrôle qualité".

A partir des années 80, les pouvoirs publics formalisent leurs préoccupations pour la qualité de la prise en charge des usagers du service public au travers de:

- ✓ la loi du 31 janvier 1984 instituant la production annuelle, par la Commission Médicale Consultative, d'un rapport sur l'évaluation de la qualité des soins dispensée dans les établissements.
- ✓ la création en 1989 de l'Agence Nationale pour le Développement de l'évaluation Médicale (ANDEM qui deviendra l'ANAES en 1996).
- ✓ la loi du 31 juillet 1991 faisant obligation aux établissements de santé de garantir la qualité des soins au travers notamment de la mise en place "d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge du patient".
- ✓ L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée oblige tous les établissements de santé à s'engager, dans les 5 ans, dans une procédure d'accréditation de leurs activités, qui appréciera la qualité de celles-ci.

La perspective de l'accréditation oblige les établissements à mettre en place des programmes d'assurance ou d'amélioration de la qualité. Mais de

nombreuses questions émergent : Comment faire ? Quelles thématiques développer en priorité ? Quelles méthodes utiliser ?

#### 1.2.2.2 Méthodologie

Elle repose sur 2 principes :

- le cycle PDCA
- l'analyse des activités de l'hôpital en processus.

✓ Le cycle PDCA est le symbole du progrès continu. Il se traduit par 4 verbes d'action :

- Prévoir (Plan) ce qu'on va faire
- Faire (Do) ce qu'on a prévu
- Vérifier (Check) ce que l'on a réellement fait
- Corriger (Act) les écarts.

Deming a illustré cette démarche systématique par une roue, évoluant de façon perpétuelle sur la pente ascendante du chemin de la qualité totale.

✓ L'analyse des processus est une méthode qui repose sur le découpage de l'activité hospitalière en une série de processus qu'il convient d'analyser dans leur fonctionnement.

La réalisation complète d'un processus de soins nécessite une succession d'étapes et l'intervention de multiples acteurs qui peuvent être à l'origine de dysfonctionnements ou de risques pour le patient. La démarche d'amélioration du processus est basée sur les 4 étapes suivantes :

- une analyse méthodique du processus concerné, de ses étapes et de son déroulement.
- Une identification des principaux dysfonctionnements et leur origine.

Pour ce faire, différents outils permettent une analyse exhaustive des causes possibles à l'origine des dysfonctionnements : diagramme causes-effets , QOOQCP, AMDEC (Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité).

- La définition des actions d'amélioration et leur priorisation par l'application, par exemple, de l'AMDEC ou du principe de Pareto (20% des causes sont responsables de 80% des effets).
- L'évaluation par la conception d'indicateurs et d'un dispositif reposant sur la réalisation d'audits qualité qui permettent de suivre et de maintenir le niveau de qualité souhaité.

Satisfaire à la procédure d'accréditation ne se limite pas à l'élaboration et au respect d'un certain nombre de procédures. C'est également et surtout prouver l'engagement de l'ensemble de la structure et du personnel dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Cet engagement va permettre d'assurer la pérennité de la démarche.

Cette pérennisation implique un mode de management qui motive les professionnels à devenir acteurs à part entière, à participer et à coopérer à tous les niveaux de l'organisation.

Dans la plupart des articles et revues publiés sur le thème du management des démarches qualité, il est souvent fait référence au management participatif. Dans son fascicule "Evaluation d'un PAQ", l'ANAES développe le concept de management par projets qui permet de rythmer la démarche.

## **1.3 LA DEMARCHE QUALITE ET LE MANAGEMENT**

### **1.3.1 Le management dans le manuel d'accréditation**

Chaque référentiel du manuel consacre :

- une référence à la politique de l'établissement et / ou du secteur d'activité.
- une référence à l'engagement des acteurs dans la définition et la mise en œuvre de la politique

✓ Le référentiel "Management de l'Etablissement et des secteurs d'Activité" introduit les notions suivantes :

« Assurer une prise en charge de qualité du patient requiert une conduite et une organisation de l'établissement et des secteurs d'activité tournés vers cette priorité. Le management s'attachera à définir **les orientations stratégiques** ou le projet d'établissement permettant de satisfaire les besoins des patients, à les mettre en œuvre dans des conditions optimales de qualité et de sécurité en veillant tout particulièrement à l'implication et à la coordination des professionnels des différents secteurs d'activité. **L'implication des directions** est déterminante pour le succès de ces démarches ».

Il nous semble intéressant à cette étape d'approfondir 2 exigences de l'ANAES :

- la définition d'une politique qualité
- l'implication de la direction

#### 1.3.1.1 La définition d'une politique qualité

Toute politique qualité passe par une définition claire des objectifs qualité à réaliser, des moyens pour y parvenir, des indicateurs de suivi et des résultats ainsi que la mise en œuvre systématique et régulière d'enquêtes de satisfaction.

La gestion des risques constitue à part entière un des volets de cette politique. Nous ne la traiterons pas de manière spécifique.

La référence 1 du référentiel "Gestion de la qualité et prévention des risques" (QPR) énonce 6 critères évaluant l'initialisation, le pilotage et le soutien d'une politique qualité par l'établissement.

- QPR 1a : La politique qualité est définie par la direction en concertation avec la CME, la DSSI ou le responsable du service de soins infirmiers, le CTE ou structure équivalente, et le personnel.
- QPR 1b : La politique qualité comporte des objectifs précis, mesurables dans le temps, traduits dans le programme de gestion de la qualité et de prévention des risques.
- QPR 1c : La politique est intégrée dans le projet d'établissement.
- QPR 1d : La politique qualité et ses objectifs font l'objet d'information au personnel tant lors de son élaboration que pour le suivi de l'état d'avancement du programme en cours dans l'établissement.

- QPR 1e: Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et la prévention des risques sont identifiées.
- QPR 1f: La formation des professionnels de l'établissement et l'assistance méthodologique sont assurées.

Dans l'article de la revue "Gestions Hospitalières" cité page 9 , il apparaît que les critères QPR1a et QPR 1b font partie des 17 références et critères ayant fait l'objet de réserves de la part du collège d'accréditation. Cela peut témoigner d'une "immaturité" des établissements dans le champ de la formalisation écrite de leur politique qualité. Celle-ci existe mais elle n'est le plus souvent identifiée qu'au travers une multitude de projets qualité par service ou par domaine et ne traduit ni une stratégie institutionnelle, ni une dynamique collective.

#### 1.3.1.2 L'implication de la direction

La réussite de la démarche qualité est étroitement liée à l'engagement de la direction de l'établissement de santé. Cependant cet engagement seul est insuffisant. Les établissements ont 2 décideurs. Il s'agit du directeur, déjà mentionné, et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement. En outre, le Directeur des Soins, du fait de sa place particulière joue également un rôle indispensable dans la mise en œuvre de la démarche. La réussite d'un projet qualité tient tout particulièrement à l'existence d'une volonté commune et d'objectifs communs entre ces 3 décideurs.

L'importance de l'implication de la direction est soulignée dans la norme ISO 84002 : « La responsabilité et la décision de créer un environnement favorable à l'amélioration continue de la qualité incombent au plus haut niveau de la direction. Ce n'est que grâce à leurs propres actions, à leur constance et au développement de moyens que les membres de la direction peuvent communiquer la volonté et l'engagement nécessaires à la création d'un environnement propice à l'amélioration de la qualité.

Les membres de la direction orientent l'amélioration de la qualité en communiquant des buts et des objectifs, en améliorant constamment leur propre processus de travail, en encourageant un climat de libre communication, de travail en équipe et de respect de l'individu, et en donnant à chacun les moyens d'améliorer son processus de travail au sein de l'organisme ».

### 1.3.2 Le management participatif

#### 1.3.2.1 Généralités

Philippe HERMEL <sup>6</sup> définit le management participatif comme « *une forme de management favorisant la participation aux décisions grâce à l'association du personnel à la définition et à la mise en œuvre des objectifs le concernant. C'est un processus global consistant à créer chez tout salarié un comportement d'acteur-concepteur, contributif à l'amélioration du fonctionnement de l'organisation* ».

Pour Jean ABBAD<sup>7</sup>, manager de manière participative c'est : « *mobiliser tous les acteurs autour d'un projet commun. (...) l'affichage d'une stratégie clairement identifiée et un projet commun suscitent et favorisent l'intérêt individuel et collectif, l'implication et l'adhésion réelle des agents* ».

La forme la plus évidente de la participation est le groupe qui rassemble autour d'un projet commun un ensemble de personnes. L'enjeu du groupe est multiforme : il rassemble des compétences complémentaires et pertinentes face à un problème, il stimule l'imagination et la créativité. De plus, il modifie les rapports entre ses membres qui apprennent à se connaître.

Tout groupe recèle un potentiel individuel et collectif qu'il faut exploiter et optimiser. Les hommes et les femmes constituent une force vive au sein de l'institution. Leur contribution aux projets de l'entreprise est vitale. Cela nécessite d'accorder une constante attention à leurs attentes, leur motivation, leur professionnalisme, la valorisation de leurs résultats.

Le développement des démarches qualité au sein des établissements de santé repose sur la mise en place de groupes pluridisciplinaires constitués de représentants des différents corps de métier intervenant dans le processus de

---

<sup>6</sup> HERMEL P. Le management participatif, les Editions d'Organisation, 1989

<sup>7</sup> ABBADÉ J. Organisation et management hospitalier, Editions Berger - Levrault

prise en charge du patient. Chaque acteur du processus contribue ainsi à son analyse et propose des actions d'amélioration.

Le succès et la pérennité des démarches qualité sont donc conditionnés à l'implication de chaque professionnel mais aussi à l'action collective. Le management participatif prend une dimension collective.

#### 1.3.2.2 Les caractéristiques du management participatif

Le management participatif promeut la délégation et l'autonomie des acteurs. Déléguer, c'est confier une partie de ses attributions à quelqu'un, tout en gardant le contrôle et la responsabilité globale. La délégation sous entend la confiance, un travail et un esprit d'équipe. Accepter de déléguer c'est reconnaître la valeur des autres, c'est prendre en considération les potentiels qui nous entourent.

Les équipes de direction sont confrontées à une modification importante de leur relation décision / exécution et découvrent parfois que sans la coopération de tous, à tous les échelons, les projets ne peuvent s'effectuer pleinement.

Le management participatif a des limites. S'il est participatif dans la résolution d'un problème, il doit être directif dans l'application de la solution trouvée.

### 1.3.3 Le management par projet

#### 1.3.3.1 Définitions

##### 1.3.3.1.1 : *Le projet*

« Un projet se définit comme une démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement une réalité à venir. C'est une réponse ponctuelle pour atteindre un ou des objectifs donnés, reposant sur une organisation temporaire, mobilisant des ressources humaines, matérielles et financières pour réaliser des actions spécifiques ».<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> AFNOR, Le management par projet, concept

Dans le milieu hospitalier, le projet peut être défini comme un mode de travail que se donnent des professionnels afin d'élaborer des objectifs après une réflexion prospective de développement et de qualité, de définir les moyens d'accompagnement pour les atteindre et d'évaluer leur prestation, le tout en restant cohérents avec les missions qui leur sont confiées.

Le projet est entré à l'hôpital essentiellement par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 avec l'évocation des différents projets dont le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins infirmiers.

La finalité d'un projet, c'est avant tout résoudre un problème, innover, changer (l'organisation, les pratiques...), anticiper (une situation, un risque...), pour rendre plus satisfaisante une situation.

Le projet contribue à la concrétisation d'un choix stratégique. Il permet de développer :

- une meilleure synergie par une meilleure utilisation des compétences internes
- l'esprit d'équipe par la co-responsabilité d'un groupe de travail vis à vis d'un objectif commun et la nécessité de travailler ensemble.

Jacques ARDOINO distingue, quant à lui, 2 sortes de projet : "le projet visé" et le "projet pragmatique". Le 1<sup>er</sup> est philosophique ou politique affirmant des valeurs en quête de réalisation, le second est la traduction stratégique opératoire du 1<sup>er</sup>. La concrétisation de cette traduction stratégique fait appel au management par projets.

#### *1.3.3.1.2 Le management par projet*

Il est défini comme "la mise en place des conditions pour que les projets puissent être pilotés en insufflant, entre autre, à l'ensemble de l'entreprise, une culture projet qui privilégie le travail en groupes temporaires, transversaux et interhiérarchiques chaque fois que des projets sont identifiés au niveau de l'entreprise."<sup>9</sup>

Yves CHAIGNEAU et Michel PERIGORD précisent que « développer le management par projet, c'est étendre à tous les domaines de l'entreprise un mode de fonctionnement souple, dans lequel les capacités de coopération, les

---

<sup>9</sup> JOLY M., MULLER G., De la gestion de projet au management par projets, AFNOR, 1992

relations latérales centrées sur un résultat à atteindre l'emportent sur les relations hiérarchiques, le respect des statuts et l'application bornée du règlement ».<sup>10</sup>

### 1.3.3.2 Les caractéristiques du management par projet

Le management par projet :

- prépare l'hôpital à un fonctionnement transversal où les métiers et les fonctions s'entrecroisent, se décroissent pour aller vers un but commun. En effet, de nombreux segments de prise en charge font intervenir des professionnels issus de services très différents avec souvent des rattachements hiérarchiques distincts. Cela permet également de sensibiliser plusieurs services à la démarche.
- favorise le travail en interdisciplinarité, indispensable lorsque nous voulons analyser les processus de soins. Il favorise également la reconnaissance du métier de l'autre et de son rôle dans la qualité globale du processus.
- renforce le sentiment d'appartenance à un établissement par opposition au sentiment d'appartenance à un service.
- responsabilise les acteurs
- permet de prendre conscience, à l'intérieur du groupe, de la plus value que chacun peut apporter au produit final : le soin au malade.
- Permet de rythmer la démarche qualité, d'impliquer ou de libérer des professionnels selon l'avancement.

---

<sup>10</sup> Y.CHAIGNEAU, M.PERIGORD, Du management de projet à la qualité totale, les Editions d'Organisation, 1990

Cette première partie théorique permet de souligner les points suivants :

- ✓ **L'accréditation s'inscrit dans la durée** car elle donne lieu à des itérations successives qui vont apprécier dans le temps les résultats des démarches d'amélioration de la qualité.
- ✓ **L'atout majeur des démarches qualité** réside dans l'engagement numérique important des professionnels résultant **d'un mode de management participatif**.
- ✓ Le projet qualité d'un établissement se décline **en projets d'amélioration des différents processus intervenant dans la prise en charge des patients. Le management de la qualité passe donc par un mode de management par projet** permettant de planifier et structurer dans le temps la démarche d'amélioration continue de la qualité

## **II ENQUETE, RESULTATS, ANALYSE**

### **2.1 : L'ENQUETE**

#### **2.1.1 La démarche méthodologique**

Nous avons choisi d'enquêter dans des établissements ayant eu leur visite d'accréditation au moins 12 mois auparavant afin que le recul des professionnels interviewés soit suffisant pour témoigner de leur ressenti sur la pérennisation des démarches d'amélioration de la qualité.

Nous avons opté pour des entretiens semi-directifs (annexes 1 et 2), d'une heure à une heure 30 minutes. Le choix de l'entretien comme outil de recueil de données nous est apparu préférable à d'autres méthodes d'enquête de par sa conception participative et la relation d'échanges qu'il implique.

Nous avons interviewé 6 Directeurs des Soins et 4 responsables qualité. Nous considérons ces 2 acteurs comme déterminants dans la pérennisation des démarches qualité. Nous sommes néanmoins intimement convaincus que l'implication effective du directeur d'établissement et de la communauté médicale est un élément fondamental pour le développement d'une politique qualité.

**PRESENTATION DES DIFFERENTS ETABLISSEMENTS**

	<b>Etablissement 1</b>	<b>Etablissement 2</b>	<b>Etablissement 3</b>	<b>Etablissement 4</b>	<b>Etablissement 5</b>	<b>Etablissement 6</b>	<b>Etablissement 7</b>
<b>Type</b>	Etablissement privé à but lucratif	Centre Hospitalier Universitaire	Centre Hospitalier	Centre Hospitalier	Centre Hospitalier Universitaire	Centre Hospitalier Universitaire	Etablissement privé à but non lucratif
<b>Région</b>	Nord	Paris	Nord	Nord	Paris	Paris	Paris
<b>Nombre de lits</b>	246	603	256	462	1200	621	134
<b>Date de la visite d'accréditation</b>	Décembre 1999	Juin 2000	Juin 2000	Septembre 2000	Janvier 2001	Février 2001	Juin 2001
<b>Date du rapport du collège d'accréditation</b>	Mai 2000	Février 2001	Novembre 2000	Mars 2001	Septembre 2001	Septembre 2001	Janvier 2002
<b>Nombre de demandes d'amélioration</b>	11	49	35	46	32	59	41
<b>Nombre de recommandation</b>	0	7	4	2	2	0	5
<b>Nombre de réserves</b>	0	4	0	0	0	0	1
<b>Echéance prochaine visite</b>	5 ans	2 ans	5 ans	5 ans	5 ans	5 ans	2 ans
<b>Rencontre Directeur des Soins</b>	non	Oui	Oui	Oui	Oui	oui	oui
<b>Rencontre directeur qualité</b>	Oui	Oui	non	N'existe pas	oui	non	oui

- ✓ 1 Directeur des Soins a refusé de nous rencontrer « *n'étant pas intéressé par le sujet* »
- ✓ 2 Directeurs Qualité et un Directeur des Soins n'étaient pas disponibles
- ✓ 1 établissement n'a pas de Directeur Qualité. C'est le Directeur des Soins qui est responsable de la démarche qualité.

Au niveau des résultats de la visite d'accréditation :

- ✓ 2 établissements ont eu une décision d'accréditation sans recommandation
- ✓ 2 établissements ont fait l'objet de réserves avec visite ciblée à 2 ans.

*REPARTITION DES DEMANDES D'AMELIORATION, RECOMMANDATIONS ET RESERVES DANS LES DIFFERENTS REFERENTIELS*

<b>REFERENTIEL</b>	<b>DEMANDES D'AMELIORATION</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>RESERVES</b>
DIP	31	1	
DPA	34		
OPC	54	5	
MEA	19	1	
GRH	29	3	
GFL	26	6	1
GSI	16	2	
QPR	22	2	
VST	17		3
SPI	25		1

A la lecture de ce tableau nous pouvons constater que :

- ✓ tous les référentiels font l'objet de demandes d'amélioration
- ✓ 139 de ces demandes sur 273 (soit 51%) concernent le domaine de la prise en charge du patient. Cela identifie bien les priorités du collège d'accréditation en matière de qualité de la prise en charge.
- ✓ 4 réserves sur 5 ont trait aux vigilances sanitaires et au risque infectieux. Là, les exigences de l'ANAES en matière de sécurité des soins sont mises en exergue.

### **2.1.3 Les limites de l'enquête**

- ✓ La dispersion géographique des établissements ayant eu leur visite d'accréditation a limité l'échantillonnage.
- ✓ L'échantillon de la population très restreint situe ce travail dans un cadre exploratoire et ne permettra pas de généraliser les résultats. Néanmoins, il nous aidera à tirer des conclusions pour notre projet professionnel.

## **2.2 Synthèse des entretiens**

### **2.2.1 L'impact de la visite d'accréditation**

Directeurs des Soins et Directeurs Qualité sont d'accord pour dire que la visite d'accréditation est un moment fort pour l'établissement et l'ensemble des personnels. Certes, elle est vécue "comme un examen de passage" obligatoire avec son cortège de stress et de tension. Mais elle représente surtout une reconnaissance externe du travail réalisé.

Les réserves formulées pour 2 établissements ont eu un effet démotivant sur les équipes qui n'ont pas compris que leur travail et leur investissement soient sanctionnés. Les Directeurs des Soins et les Directeurs Qualité de ces établissements ont eu un travail important d'explication et de re-motivation à réaliser vers leur personnel. Par contre, pour les établissements ayant eu une accréditation sans recommandation, le retour d'informations s'est fait en félicitant les professionnels de ce succès, mais en soulignant les nombreuses actions d'amélioration demandées (11 et 59).

Le délai est long entre la visite des experts-visiteurs et le rapport du collège d'accréditation (moyenne de 6 mois), ce qui est vécu comme délétère pour la dynamique qualité.

### 2.2.2 L'institutionnalisation de la démarche qualité

4 établissements ont formalisé un projet qualité dans le projet d'établissement. 2 d'entre eux ont actualisé ce projet en regard des conclusions du collège d'accréditation ( annexe 3).

Les projets de soins, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération selon les établissements vont voir le jour entre 2003 et 2004. Pour leur élaboration, les Directeurs des Soins vont se référer aux rapports d'accréditation. Mais ils sont unanimes pour dire que : « *la politique de soins est une politique qualité et le projet de soins est un projet qualité élaboré dans cet esprit bien avant l'accréditation* ».

Ainsi donc, comme Monsieur JOURDAIN, les établissements faisaient de la qualité sans le savoir.....

6 établissements ont crée un poste de directeur ou responsable qualité. Il s'agit soit d'un directeur formé à l'ENSP, soit d'un cadre infirmier ayant suivi une formation universitaire en qualité, soit d'un diplômé d'un Institut Universitaire Professionnel. Dans un établissement, le Directeur des Soins et le responsable qualité ne sont qu'une seule et même personne.

Les établissements ont conservé les différentes structures mises en place lors de la phase d'auto-évaluation mais la constitution des groupes de travail a été allégée ainsi que la fréquence des réunions. On retrouve :

- un comité qualité ou comité de pilotage ou cellule qualité : de dimensionnement variable selon la taille de l'établissement il est composé au minimum du Directeur d'établissement, du Président de CME, du Directeur des Soins, du Directeur Qualité et des responsables des vigilances. Il se réunit en moyenne 2 fois par an.
- Un comité opérationnel : il réunit les chefs de projets, le Directeur de la qualité, le Directeur des Soins et assure l'avancée de la démarche. Il se réunit 2 à 3 fois par an.
- des référents dans chaque service : un seul établissement a instauré des référents qualité dans les services. Les autres structures ont conservé leurs référents dans différents domaines : hygiène,

transfusion sanguine, matériovigilance... Ces référents sont essentiellement des cadres de santé supérieurs ou de proximité.

- Des groupes de travail : dans 3 établissements, ces groupes de travail sont les groupes d'auto-évaluation qui continuent leur réflexion sur :
  - Le dossier du patient (uniformisation, archivage et informatisation)
  - L'information du patient (consentement éclairé, traçabilité de la réflexion bénéfice – risque)
  - Les vigilances sanitaires

Différents groupes de travail pluridisciplinaires sont également mis en place sur des projets plus ciblés reprenant les demandes d'actions d'amélioration.

La constitution de ces groupes est proposée par le Directeur Qualité et le Directeur des Soins en regard des thèmes traités.

- Les procédures d'évaluation et les indicateurs :

Les Directeurs Qualité et Directeurs des Soins regrettent l'insuffisance des évaluations. Chaque établissement a formé des professionnels à l'audit de pratiques et / ou de processus. Ce sont souvent des cadres IDE. Pour 3 établissements, un adjoint des cadres et 2 médecins font partie de l'équipe d'auditeurs. Mais les audits demandent du temps et il est difficile de libérer les auditeurs de leurs activités quotidiennes.

Certains indicateurs sont suivis en routine, en particulier ceux résultant de signalement (chutes, fugues .....), ceux suivis par les Unités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (taux de bactéries multi résistantes, nombre d'isolement...).

Certains établissements font réaliser par des étudiants IDE des enquêtes flash sur la satisfaction des patients ou même des audits de pratiques professionnelles en collaboration avec les IFSI.

4 établissements réalisent annuellement un audit du dossier du patient. 1 établissement qui a eu sa visite d'accréditation fin 1999 réitère toute la procédure d'auto évaluation à la fin de cette année.

### 2.2.3 Le rôle et l'implication du Directeur des Soins

Les Directeurs des Soins s'identifient pour la plupart comme moteurs des démarches qualité et soulignent le rôle primordial de l'encadrement dans la concrétisation et la pérennisation de la démarche sur le terrain.

Pour certains de ces établissements, la phase d'auto évaluation s'est déroulée fin 99 – début 2000 au moment où le mal être des cadres de santé se traduisait par des mouvements sociaux (grèves, manifestations). Un Directeur des Soins "avoue" avoir saisi cette opportunité pour dire à ses cadres : « plutôt que de battre le pavé, prouvez donc que vous êtes efficaces et que votre rétribution peut se mesurer ».

Les Directeurs des Soins se comparent à des "chefs d'orchestre". « *Je n'ai rien inventé, j'ai essayé de donner aux cadres les meilleures conditions, le meilleur accompagnement pour exploiter et optimiser toutes leurs ressources et leurs compétences* ».

Ils se disent rarement chef d'un projet d'amélioration de la qualité mais ils participent à la constitution des groupes. « *Mettre la bonne personne dans le bon projet* », ce qui nécessite de connaître le personnel, d'avoir identifié les potentiels. Ils se tiennent également informés de l'avancée des projets, essaient de participer à une réunion afin de témoigner de l'implication et de l'intérêt de la direction des soins.

Ils ont un rôle primordial dans la communication autour des projets qualité. Un Directeur des Soins précise : « *pour développer une culture qualité il faut parler au personnel, faire de la proximité, leur expliquer le pourquoi des protocoles et des décisions* ». Dans certains établissements, des conférences de service sont organisées annuellement au cours desquelles est réalisé le bilan des actions qualité menées dans le service en regard des objectifs posés. Ce bilan est présenté par l'encadrement, en présence du personnel médical et paramédical, du Directeur Qualité et du Directeur des Soins.

5 Directeurs des Soins consacrent systématiquement une partie de leurs réunions mensuelles avec les cadres à la démarche qualité, en présence du Directeur Qualité.

#### 2.2.4 La collaboration Directeur des Soins / Directeur Qualité

Les Directeurs Qualité sont unanimes pour affirmer que le Directeur des Soins est l'interlocuteur privilégié en terme de politique d'amélioration continue de la qualité. Faisant partie de la même communauté que les soignants, il a la légitimité et la crédibilité indispensables pour fédérer les équipes.

La collaboration entre ces 2 directions permet d'assurer la conduite d'un projet qualité **global** dans l'établissement, d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et des compétences, d'uniformiser les messages autour de la qualité. Dans 2 établissements où cette collaboration n'existe pas, les Directeurs Qualité soulignent le fait que cette situation engendre 2 projets parallèles : le projet qualité et le projet de soins, avec des doublons dans les thèmes traités en groupe, des projets de la Direction des Soins méconnus de la Direction Qualité. Cela a pour effet une incompréhension et une démotivation des personnels.

Les Directeurs Qualité déclarent que, s'ils sont formés aux outils et aux méthodes de la qualité, ils n'ont souvent qu'une connaissance relative de la sociologie de l'hôpital. Ils ne maîtrisent pas le domaine des soins. *« Les soins, ce n'est pas mon métier. Je suis un outil, une aide méthodologique au service de la qualité des soins et donc de la Direction des Soins pour mener à bien l'amélioration continue de la qualité »*. Ainsi se définit lui-même un Directeur Qualité ;

Les Directeurs des Soins reconnaissent la nécessité d'avoir une direction et des personnes dédiées à la démarche qualité. *« La qualité, c'est un métier à temps complet »*. *« Une direction qualité, ça aide. Ce n'est plus une mission ponctuelle, c'est une direction fonctionnelle à part entière »*.

### 2.2.5 Les freins à la pérennisation des démarches qualité

- ✓ Le turn-over de plus en plus important des équipes a pour effet :
  - Une charge importante en matière d'encadrement des nouveaux recrutés et moins de temps à consacrer aux réunions et aux travaux de groupes.
  - Des équipes jeunes dont les priorités sont d'acquérir des techniques, d'intégrer des organisations de travail, d'être opérationnelles et ne possédant pas le recul nécessaire pour un travail de réflexion sur la qualité de leur prestation.
  - Une méconnaissance de la procédure d'accréditation de l'établissement et du travail fourni pendant la phase d'auto évaluation.
  
- ✓ La réduction du temps de travail qui limite les possibilités d'organiser des temps de réunions. De plus, de juin 2001 à décembre 2001, toutes les réunions ont été consacrées à la mise en place des 35 heures soit « *6 mois perdus pour la dynamique qualité* ».

Un directeur qualité met un bémol à ces 2 freins. Il pose la question suivante : *Est ce que nous ne nous censurons pas nous même en limitant le nombre de projets, en n'osant plus solliciter la participation du personnel sur les prétextes du manque d'effectifs et des 35 heures ?* ».
  
- ✓ Le changement de mentalité des professionnels. « *La vocation a disparu. Ce ne sont plus des professionnels, ce sont des salariés* ».
  
- ✓ La pauvreté des actions d'évaluation et des indicateurs qui empêche de formaliser des résultats pour visualiser d'où on vient et où on va.
  
- ✓ La difficulté de valoriser et reconnaître l'investissement des personnels dans les projets institutionnels.

### **2.2.6 Les moteurs de la pérennisation des démarches qualité**

- ✓ L'implication effective sur le terrain de la Direction de l'établissement, de la communauté médicale et de la Direction des Soins.
- ✓ Une direction qualité identifiée, reconnue et active.
- ✓ Des projets d'amélioration de la qualité ciblés, transversaux, limités dans le temps et dans leur nombre, menés par des chefs de projets motivés, compétents, convaincus et reconnus.
- ✓ Un personnel d'encadrement acteur à part entière de la démarche d'amélioration continue de la qualité tant au niveau de sa conception que de sa réalisation et son évaluation.
- ✓ La multiplicité des personnels participant aux différents projets, ce qui permet un essaimage important de la culture qualité de même que la plurisectorialisation dans les groupes de travail qui assure la sensibilisation de plusieurs services à la fois à la démarche qualité.
- ✓ Des actions de communication autour de la qualité, fréquentes, variées, touchant l'ensemble des personnels, les informant des projets en cours, de leur évolution de réalisation, des résultats attendus et / ou obtenus.

Nous avons, jusqu'à présent très peu abordé l'implication de la communauté médicale dans les démarches qualité. Au cours de nos entretiens nous nous sommes intéressés au vécu et au ressenti des directeurs quant à cette implication.

### **2.2.7 L'implication de la communauté médicale**

L'engagement dans l'étape d'auto-évaluation des médecins et en particulier des Présidents de CME est souligné dans les 7 établissements. Dans le cadre de la pérennisation des démarches qualité, cet investissement se caractérise par des actions individuelles, en fonction des spécialités et de la sensibilisation à ces démarches (ce sont des médecins qui sont responsables de la plupart des vigilances), ou sectorielles (ils mettent en place des actions correctives dans leur service lorsque des évaluations institutionnelles mettent en évidence des dysfonctionnements).

Les Directeurs Qualité soulignent la mobilisation actuelle de l'ensemble de la communauté médicale sur le thème du dossier du patient : son uniformisation, son archivage, son informatisation. Le manuel d'accréditation comporte un référentiel entier sur ce domaine à travers 7 références et 24 critères. De plus, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé instaurant le libre accès du patient à son dossier est un facteur très incitatif à une réflexion collective et à une responsabilisation individuelle.

Au cours des entretiens il apparaît que ce sont essentiellement les chefs de service qui participent aux projets d'amélioration. Un Directeur Qualité a décidé d'inclure des internes dans un groupe de réflexion sur l'élaboration de recommandations quant à l'organisation de la sortie du patient, ceci afin de sensibiliser les jeunes médecins aux démarches qualité.

L'implication des médecins existe. Elle est fonction de leur spécialité d'exercice, de leur centre d'intérêt, de leur niveau de responsabilité dans l'établissement, de leur disponibilité. « *La qualité et la médecine fondent et légitiment leurs actions respectives sur le service que chacune d'entre elles prétend rendre à 2 acteurs jumeaux : le client pour la qualité, le patient pour la médecine* »<sup>11</sup>.

### **2.3 Analyse des entretiens et validation de l'hypothèse**

Tous les entretiens témoignent de l'engagement important des Directeurs des Soins dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Cet engagement n'a pas été initié par la procédure d'accréditation mais existe depuis de nombreuses années.

Le rapport du collège d'accréditation est vu comme un outil de concrétisation des actions à mener. Le manuel d'accréditation est une trame pour structurer le projet de soins et le rendre le plus exhaustif possible.

---

<sup>11</sup> COCHOY F. Profession, participation, patient : 3 enjeux pour la qualité des soins, Sciences Sociales et Santé, vol 19, juin 2001

La qualité au service du patient est, selon les Directeurs des Soins, l'essence même de leur fonction. Son amélioration continue relève du domaine de l'éthique professionnelle.

La pérennisation des démarches qualité repose sur la participation et l'implication des professionnels. Le Directeur des Soins doit développer et prouver ses capacités à fédérer, déléguer et guider autour d'objectifs communs afin de donner du sens à ce qui est fait. On ne peut pas fédérer les personnels sans fédérer l'encadrement. Le Directeur des Soins, par son mode de management, favorisera le positionnement des cadres de santé dans la dynamique qualité.

La démarche qualité se traduit par une démarche par projets reposant sur la mise en place de groupes de travail pluriprofessionnels et plurisectoriels. La pénurie des effectifs et les difficultés de fonctionnement des services hospitaliers nécessitent une réflexion appropriée quant à l'utilisation judicieuse des ressources humaines.

La collaboration Directeur des Soins /Directeur Qualité est primordiale. Leur fonction est complémentaire, leur mission en matière de qualité des prestations est identique.

L'échantillonnage de cette enquête est restreint et ne permet pas d'étudier l'impact réel, sur la pérennisation des démarches d'amélioration continue de la qualité, de l'investissement ou du non investissement des Directeurs des Soins. Nous pensons pouvoir, malgré tout, valider notre hypothèse :

**Le Directeur des Soins, de part son statut et ses missions spécifiques centrées sur le soin et le patient, peut être un acteur clé de la réussite des programmes d'amélioration continue de la qualité si :**

- **il définit une politique de soins en cohérence avec la politique qualité de l'institution**
- **il privilégie un mode de management participatif par projet**

et l'enrichir de **la nécessité de positionner les cadres de santé dans la dynamique qualité .**

## **III PROPOSITIONS D' ACTIONS**

### **3.1 PROJET QUALITE, PROJET DE SOINS, MANAGEMENT :**

#### **3.1.1 Un projet de soins en cohérence avec le projet qualité :**

Nous l'avons vu lors des entretiens, la politique qualité est encore peu formalisée en tant que telle dans les établissements de santé. Par contre, la politique de soins a une antériorité plus importante. Dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, le service infirmier a l'obligation d'élaborer un projet constitutif du projet d'établissement. Nous en sommes au projet de soins de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> génération.

La politique qualité déclinée dans le projet qualité va traduire l'engagement de l'ensemble de la communauté hospitalière dans le processus d'amélioration continue de la qualité. Elle est souvent formalisée à la suite de l'autoévaluation ou après la réception du rapport du collège d'accréditation. En effet, ces deux étapes permettent de dégager un certain nombre d'axes d'amélioration des pratiques professionnelles et de l'organisation de l'hôpital autour des deux pôles que sont la qualité et la sécurité des soins.

Elle concerne en même temps ou séparément la qualité des soins (impliquant le corps médical et soignant), les organisations d'interface entre les services de soins, services médico-techniques et structures logistiques et plus largement la qualité de l'ensemble des pratiques professionnelles et la gestion des risques.

Elle est définie par la direction en collaboration avec les instances et le personnel. Elle doit certes être compatible avec les référentiels de l'ANAES, mais également avec les directives locales et régionales de l'ARH, le projet médical et le projet d'établissement.

Elle repose sur une structure organisée pour le management de la qualité, constituée d'une structure stratégique (décisionnelle) et une structure opérationnelle. Cette dernière doit respecter deux règles : une composition pluriprofessionnelle des groupes de travail et une gestion de la qualité participative. Comme pour tout projet, il est indispensable de définir les responsabilités des structures et des professionnels impliqués, un calendrier de travail et un plan de communication sur les actions engagées.

Ces critères et exigences pour une politique qualité formalisée et opérationnelle sont les mêmes que pour une politique de soins. Pour nous, le projet de soins est une déclinaison du projet qualité dans le domaine spécifique mais très vaste des soins.

Les personnels paramédicaux et en particulier le service infirmier sont concernés directement ou indirectement par une majorité de références et de critères du manuel d'accréditation. De plus, le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière instaurant une coordination générale des activités de soins officialise la nécessité d'une complémentarité accrue entre les différents personnels soignants. **Il nous oblige à travailler plus que jamais en pluridisciplinarité.**

Une cohérence entre le projet de soins et le projet qualité n'existera que si le Directeur Qualité et le Directeur des Soins travaillent en concertation étroite afin de définir les axes d'amélioration spécifiques qui seront repris dans le projet de soins et d'en déterminer leur priorisation.

Dans le cadre du projet qualité, c'est la fonction d'expert en soins infirmiers du Directeur des Soins qui est mise à contribution. Lui seul peut l'exercer car il est soignant. Son expérience, sa formation acquise au fil des années lui permettent de prévaloir d'être à la fois conseiller, coordonnateur et évaluateur des actions entreprises dans le domaine des soins. Dans sa spécificité infirmière, il est en situation de partenaire d'autres acteurs, chacun enrichissant l'autre de son expertise. En plus de son expertise, il a une connaissance approfondie de l'institution, de son organisation, de ses forces et faiblesses. Il est

le manager de l'ensemble des personnels paramédicaux qui représente la majorité des personnels d'un établissement de santé.

Le Directeur Qualité, par sa formation, maîtrise les méthodes et outils des démarches qualité.

La pérennisation des démarches qualité repose en grande partie sur le binôme Directeur des Soins / Directeur Qualité. Leur fonction est différente mais leur mission est complémentaire : ils mettent tout en œuvre pour améliorer la qualité de la prestation des professionnels et assurer la sécurité des soins et des patients.

Nous avons beaucoup apprécié, au cours de nos entretiens, de rencontrer des directeurs qualité "humanistes". Ils n'évoquent pas seulement la qualité instrumentalisée avec son cortège de normes, de concepts, de méthodes, de documents. Leur discours est fortement investi dans l'univers des relations humaines traduisant leur volonté de travailler avec les professionnels, de dialoguer, d'écouter, de tenir compte des difficultés, d'être cohérent avec la réalité du terrain.

Une démarche d'amélioration continue de la qualité ne peut être confiée uniquement à un spécialiste. Elle doit être menée à l'initiative des différents responsables administratifs, médicaux, soignants et bénéficiaires de leur réel engagement. La qualité est l'affaire de tous. Elle doit être une recherche permanente et omniprésente de tous les acteurs de l'établissement. Il est donc indispensable de développer un management de type participatif qui permette de faciliter l'adhésion et l'implication de chacun.

### **3.1.2 La qualité, outil de management participatif du Directeur des Soins**

« On ne manage pas la qualité mais des personnes en vue d'améliorer la qualité de ce qu'elles font. »

Les démarches d'amélioration continue de la qualité concernent l'ensemble des professionnels mais leur degré d'engagement est quelque peu variable. Il

dépend de leur volonté de s'impliquer, de leurs fonctions/missions au sein de l'établissement, de leur expertise dans certains domaines, de leur spécialisation, de leur projet professionnel. Vouloir faire participer chaque membre de l'organisation c'est non seulement les reconnaître individuellement et collectivement mais c'est aussi leur donner les moyens d'apporter leur contribution et de collaborer ainsi activement aux projets de l'institution.

Notre management s'appuiera donc sur une politique de formation et de communication ainsi que sur une stratégie incitative basée sur la reconnaissance et la valorisation de l'investissement des professionnels.

### 3.1.2.1 Une politique de formation et d'appropriation de la qualité

L'appropriation des concepts et des outils de la qualité est indispensable pour la participation de tous les acteurs au processus d'amélioration continue de la qualité. La formation doit viser le plus grand nombre de professionnels et être adaptée en fonction du degré d'implication du personnel.

Ainsi la politique de formation ne sera pas ciblée uniquement sur l'encadrement. La qualité est l'affaire de tous et les méthodes participatives qu'elle instaure mobilisent l'ensemble des professionnels de terrain. Le niveau de formation doit, par contre, s'adapter aux fonctions de chacun dans les démarches qualité de l'hôpital. Nous pouvons ainsi proposer :

- une formation de formateurs pour l'équipe de direction, les membres du comité qualité, les responsables de groupes de travail afin de pouvoir démultiplier en interne et à un moindre coût les savoirs et compétences en matière de gestion du programme qualité.
- Une formation à l'évaluation, au management par projets pour les cadres.
- Une formation théorique qualité – accréditation ciblant un public professionnel très large.
- Une formation – action pour les groupes de travail par thème, avec mobilisation et implication des services. Une place

importante doit être consacrée aux cas concrets vécus par les professionnels car la transposition de la théorie de la qualité sur le terrain est un exercice ardu pour les acteurs. Il est indispensable de favoriser l'application immédiate des formations.

L'adaptation du contenu aux différents professionnels est fondamentale pour toute formation. Dans le domaine de la qualité, il importe de privilégier la simplicité du langage et des méthodes pour tous les personnels. « L'objectif visé n'est pas la formation de qualiciens chevronnés mais la compréhension des objectifs poursuivis et des étapes nécessaires au bon déroulement des démarches qualité en insistant sur le gain apporté à tous les acteurs : patients, professionnels et institution »<sup>12</sup>.

Les établissements investissent beaucoup dans la formation lors de l'initialisation de la démarche dans l'objectif de satisfaire à la procédure d'accréditation. Mais la pérennisation des démarches d'amélioration continue de la qualité nécessite une réitération régulière de ces formations. Le turn-over des professionnels, quelque soit leur grade, est réel, tout acteur a un potentiel d'évolution (une infirmière peut devenir cadre et avoir, de ce fait, la conduite d'un projet d'amélioration de la qualité en responsabilité).

Le Directeur des Soins doit donc veiller à développer régulièrement les compétences et connaissances de ses personnels en matière de qualité afin d'être en capacité de démultiplier la démarche et de la rendre pérenne.

### 3.1.2.2 Une politique de communication autour de la qualité

La communication est un facteur clé du succès, incontournable mais elle est bien souvent oubliée.

Si le Directeur des Soins veut convaincre, mobiliser les personnels, il doit communiquer. Son rôle est de donner un sens aux actes de tous ses

---

<sup>12</sup> HURLIMANN C., DE CHAMBINE S. Anticiper l'échec de la qualité à l'hôpital, Journal d'économie médicale, octobre 2000

collaborateurs pour qu'ils convergent dans la direction conforme aux objectifs de la démarche qualité. Il ne doit pas concevoir la communication comme une façon d'imposer son point de vue mais au contraire comme un moyen de connaissance partagée d'un contexte, celui de la qualité et de la construction de projet.

Les méthodes de communication seront ouvertes à l'expression et au débat. C'est seulement s'ils y trouvent du sens que les acteurs, récepteurs des messages, acceptent de se les approprier.

Le Directeur des Soins et l'encadrement doivent développer la communication verticale (du haut vers le bas et du bas vers le haut) ainsi que transversale : n'oublions pas que la qualité a la vertu de concerner tout le monde à tous les niveaux hiérarchiques et dans tous les services<sup>13</sup>.

La communication descendante autour d'un programme qualité a les objectifs suivants :

- Donner l'information à l'ensemble des personnels, faire vivre la démarche au quotidien, motiver autour des projets d'actions d'amélioration afin que le personnel se l'approprie en intégrant les objectifs collectifs et individuels.
- Créer un sentiment d'appartenance à l'institution.
- Développer chez le personnel d'encadrement une culture, un savoir-faire de communication pour en faire des relais d'information privilégiés et des vecteurs d'animation.
- Valoriser en interne les succès et initiatives.

La communication ascendante permettra quant à elle de :

- faire remonter les informations sur les réalisations, les difficultés, les interrogations
- permettre au personnel d'exprimer ses attentes, ses besoins en mettant en place des dispositifs d'écoute pour détecter "les freinages" et rechercher les moyens pour les supprimer.

---

<sup>13</sup> RAYNAL S., HUVELIN B. *Le management par projet : approche stratégique du changement*, les Editions d'Organisation, Paris, 1996

Enfin, la communication transversale a pour objectif que l'ensemble des professionnels ait, en même temps, les mêmes informations. Elle facilite le décloisonnement des services, des professions.

La stratégie de communication sera facilitée par l'existence d'un système d'information efficace. Il s'agit d'un outil essentiel. Le Directeur des Soins veillera :

- à instaurer et programmer des actions de sensibilisation à la qualité, en particulier auprès des personnels récemment recrutés, tout grade confondu afin qu'ils intègrent dans leur pratique et leur comportement les exigences institutionnelles en matière de qualité des prestations.
- à consacrer systématiquement un temps d'information et d'échanges sur le suivi de la démarche qualité de l'établissement lors de ses réunions avec l'encadrement, en collaboration avec le Directeur Qualité.
- à la diffusion de l'information au niveau des services des différents secteurs. Ces réunions seront animées par l'encadrement mais il nous semble intéressant, qu'une fois par an, Le Directeur des Soins et le Directeur Qualité se déplacent dans les services pour présenter l'avancée de la démarche, les résultats, les objectifs futurs. La qualité dans les soins réclame des actions de partage de l'information, d'explications et d'analyse ainsi qu'une présence auprès des acteurs qui produisent la qualité. Ainsi le Directeur des Soins sera présent dans les services en participant, par exemple, aux conseils de service ou de département. Cela permettra de nouer le lien entre la direction et les sites opérationnels et de puiser directement des éléments de compréhension des situations de soins.
- à définir, avec le Directeur Qualité, les chefs de projets, l'encadrement, une stratégie de diffusion des nouvelles procédures. Il faut éviter que les professionnels soient

submergés de nouvelles procédures à mettre en application. Il faut savoir cibler les services et/ou les professionnels concernés. De plus, nous sommes convaincus qu'une simple présentation orale des procédures ne suffit pas pour qu'elles soient appliquées. Des actions de formation, de démonstration doivent être mises en place mais elles demandent du temps et des ressources humaines.

- A participer à l'élaboration des supports écrits d'information (articles dans le journal interne, notes de service).

### 3.1.2.3 La reconnaissance et la valorisation des personnels

Pour favoriser l'adhésion des professionnels, il sera sans doute nécessaire d'initier une politique d'intéressement. Cet intéressement n'est actuellement envisageable que sous une forme collective et non monétaire (amélioration des conditions de travail par exemple). La contractualisation interne permettra peut être une politique d'intéressement des services en regard de l'amélioration des prestations.

Mais le Directeur des Soins a des moyens de reconnaissance et de valorisation de l'investissement des personnels.

- Connaître individuellement ces professionnels qui s'investissent, les rencontrer, les remercier, les féliciter, s'assurer que leur implication dans le projet qualité est soulignée dans leur évaluation annuelle.
- Aider ces personnels à mener à terme leur projet professionnel. Dans l'un des établissements enquêtés, le Directeur des Soins nous a donné l'exemple d'un aide soignant, responsable depuis plusieurs années de la formation à la manutention qui souhaitait devenir ergothérapeute. L'établissement a financé sa formation et envisage de lui proposer un poste en structure de rééducation.

- Privilégier leur participation à des journées d'études, des congrès. Leur faire présenter leur travaux en interne et en externe.
- Leur consacrer du temps, être disponible c'est-à-dire « mettre de côté pour un instant ses préoccupations et les problèmes courants pour ouvrir son esprit à une personne qui en a besoin ».
- Argumenter auprès du Directeur d'Etablissement pour obtenir les ressources nécessaires à la mise en place des actions correctives identifiées par les groupes de travail. Les personnels fortement mobilisés doivent pouvoir constater que les propositions faites en vue d'améliorer la qualité des prestations sont suivies d'effets. Un discours sur la qualité qui ne serait pas relayé par des actions concrètes, mêmes modestes, ne serait plus crédible et risquerait d'entraîner un désinvestissement d'autant plus important que la mobilisation a été initialement forte.

La participation de tous évite que seuls les dirigeants se saisissent du sens des actions menées et qu'eux seuls soient motivés. Il faut réussir à obtenir les convergences et les coordinations pour arriver à une coopération efficace. C'est autour des projets qui privilégient le travail en groupes pluridisciplinaires, plurisectoriels et interhiérarchiques que nous pouvons rassembler.

### **3.1.3 Le Directeur des Soins et le management par projet**

Dans la perspective du management par projet, il nous semble plus intéressant de nous attarder sur les impératifs de constitution et de fonctionnement des groupes projet, le profil du chef de projet et la définition des indicateurs. Nous n'ignorons pas, bien sur, l'importance de la méthodologie proprement dite de la conduite de projet. Mais les trois éléments précédemment cités relèvent plus d'une approche managériale.

La démarche qualité part des processus généraux pour se décliner vers une analyse de plus en plus en fine des processus opérationnels. Elle se traduit par un programme qui vise, à travers la conduite de différents projets, à augmenter la probabilité d'un résultat souhaité pour le patient en analysant et améliorant les processus qui affectent le résultat pour le patient.

Le management par projets repose sur un "portefeuille" de projets. Ce portefeuille, dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité va être constitué de toutes les demandes d'améliorations, recommandations et réserves émises par le collège d'accréditation.

Le Directeur des Soins, en concertation avec le Directeur Qualité, ciblera les projets qui relèvent des services de soins et des personnels paramédicaux, déterminera un calendrier quinquennal de réalisation.

Tous les projets ne peuvent être menés simultanément. Des priorités doivent être établies. Elles le seront en regard de la graduation des appréciations du collège d'accréditation, des priorités locales et régionales, des projets déjà en cours dans l'établissement.

La conduite opérationnelle du projet repose sur un groupe piloté par un chef de projet.

#### 3.1.3.1 La constitution du groupe projet

Elle se fera en concertation avec le chef de projet. Elle nécessite d'avoir décrit au préalable le processus concerné afin de pouvoir identifier tous les acteurs à impliquer dans le projet. Chaque étape du processus doit avoir son représentant dans le groupe. Le chef de projet peut faire appel, de manière ponctuelle à des intervenants extérieurs au groupe au titre d'une expertise complémentaire ou pour prendre en compte des interfaces avec d'autres processus.

Certains établissements ont choisi de maintenir en activité les groupes d'autoévaluation pour qu'ils mettent en œuvre les mesures d'amélioration. Ils deviennent ainsi les groupes de projet d'amélioration de la qualité appelés à

conduire des projets ciblés et successifs. Ils deviennent responsables du suivi de l'accréditation.

A priori, nous ne sommes pas favorables à ce genre d'organisation, sauf peut être dans les structures de petite taille. La qualité risque de devenir l'affaire de quelques uns, même si ces quelques uns sont nombreux. De plus, participer à un projet est valorisant. Cela engendre un travail de réflexion, une responsabilisation, des relations non hiérarchiques, le sentiment d'avoir, quelque soit son grade une certaine influence dans l'institution.

Enfin, ce choix de fonctionnement implique un engagement sur plusieurs années des membres du groupe. Il nous semble plus pertinent de construire nos groupes projet en associant des membres des groupes d'autoévaluation avec des nouveaux acteurs qui arrivent avec un œil neuf. Favoriser le renouvellement des acteurs aide certainement à pérenniser la démarche en évitant la lassitude et en multipliant les participants.

Le Directeur des Soins, parce qu'il connaît les services et les personnels, est le mieux placé pour déterminer les services, les catégories de personnels les plus directement concernés par le thème. Ce sont les cadres qui proposeront nominativement les professionnels. Plusieurs projets pouvant être menés de manière concomitante, le Directeur des Soins sera vigilant à la constitution des groupes afin de s'assurer que ce ne soit pas toujours les mêmes personnes qui sont sollicitées.

La participation à un groupe projet doit se faire sur la base du volontariat. Mais certains acteurs, aux fonctions très spécifiques (l'infirmière hygiéniste, le cadre de stérilisation.....) voit parfois ce volontariat transformé en obligation. Le Directeur des Soins doit être attentif à ces professionnels et négocier leur degré de participation en regard de leur charge de travail.

Il doit également veiller à ce que les délais définis pour mener à terme les projets soient le plus possible respectés : la charge de travail supplémentaire engendrée est mieux acceptée car elle est, alors, planifiée et limitée dans le temps.

### 3.1.3.2 Le chef de projet

Le choix du professionnel "chef de projet" est déterminant. Il doit être légitimé dans le domaine étudié. Directement concerné par le processus il dispose de la compétence nécessaire à la conduite du projet. Il doit posséder des capacités d'animation de groupe, être un "homme" de dialogue et de compromis. Il doit témoigner d'une motivation forte et d'un réel intérêt pour le projet. Il doit être capable de susciter la confiance, l'adhésion et l'initiative.

Compte tenu des exigences citées ci-dessus, il semble que la fonction implique des qualités habituellement reconnus aux cadres de santé. Leur formation au management des équipes et les outils méthodologiques qu'ils ont pu acquérir dans différents domaines, leur origine soignante en font d'évidents chefs de projet, à condition que le Directeur des Soins évalue, avec eux, leur potentiel à remplir ces missions et les accompagne dans la conduite du projet.

### 3.1.3.3 Un système d'évaluation et de mesure

Toute amélioration doit être objectivée par une mesure. Celle-ci doit être considérée comme un outil de management et de motivation des individus et non comme un outil d'inspection et de contrôle. Elle conduit à la définition d'indicateurs simples de suivi, propres à chaque processus. Nous pouvons citer en exemples: le délai d'attente aux urgences, le taux de distribution du livret d'accueil à l'entrée du patient, le taux d'escarres acquises pendant le séjour.

Ces indicateurs sont utilisés par les professionnels qui les intègrent dans leur pratique quotidienne (réduire le nombre de chutes des personnes âgées dans l'établissement nécessite pour les équipes de recenser celles qui surviennent dans leur service). L'objectif n'est pas d'évaluer la qualité de chacun mais de motiver vers une recherche de progrès autour d'un enjeu commun.

La définition d'indicateurs, l'élaboration de tableaux de bord de la qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles sont encore trop peu développées dans les établissements de santé. Le Directeur des Soins doit aider les groupes

projet à construire la stratégie d'évaluation et les indicateurs de résultats des actions d'amélioration .

Les modes de recueil des données sont variés (enquêtes, questionnaires de sortie, audit clinique) mais ils nécessitent un important travail d'élaboration, de recueil, de traitement et d'analyse des données et de communication. La difficulté majeure réside dans la participation des professionnels dans l'acte d'évaluation proprement dit. Cela demande du temps et des ressources humaines, peu compatibles avec le contexte actuel de diminution du temps de travail et la pénurie de personnel.

Le Directeur des Soins a la possibilité de faire appel à des ressources externes à l'établissement. Nous envisageons de négocier avec les IFSI la participation des étudiants, une fois par an, à des audits de pratiques dans les services. Cette expérience a été réalisée dans notre établissement d'origine, autour du lavage des mains et de la préparation d'une perfusion. Un Directeur des Soins rencontré au cours de notre enquête demande systématiquement à tous les étudiants de consacrer une demie journée de stage à l'interview des patients sur leur satisfaction.

Cette démarche est très formatrice pour les futurs professionnels. Elle leur permet de concrétiser la notion d'audit clinique, d'intégrer la bonne pratique par le biais des critères de l'évaluation et de visualiser les écarts. Nous ne pouvons ignorer que la pérennisation de la démarche qualité est aussi intimement liée à la formation initiale des professionnels. Travailler en partenariat avec les cadres enseignants peut permettre d'initier, chez ces futurs professionnels, l'appropriation d'une culture qualité.

La quantification systématique des performances en matière de qualité conduit à mettre sur pied des tableaux de bord d'indicateurs chiffrés qui permettent de suivre attentivement les résultats obtenus et d'associer le personnel à l'analyse des écarts constatés. Le Directeur des Soins est garant de la diffusion des résultats auprès des équipes. Il doit adopter une attitude positive et constructive face aux dérives identifiées, reconnaître les succès et marquer sa considération.

L'ANAES a le projet de recenser auprès des établissements de santé les indicateurs utilisés ainsi que leurs modalités de recueil. Ultérieurement, après validation méthodologique et rédaction d'un guide d'utilisation, certains de ces indicateurs internes pourront être diffusés comme outil d'aide à l'appréciation des résultats attendus et obtenus.

Cette initiative permettra aux établissements de se familiariser avec l'élaboration, le choix et l'utilisation des indicateurs et de développer une politique d'évaluation, indispensable à la pérennisation de la démarche qualité.

### **3.2 LE POSITIONNEMENT DES CADRES DE SANTE DANS LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE**

Notre projet s'adresse à l'ensemble des cadres de santé, nous ne ferons pas de distinction entre ceux de proximité et les cadres supérieurs. Tous sont responsables de la qualité des prestations dans leur secteur d'activité.

Le rôle du cadre est en mutation. Non seulement la coordination des activités de soins et l'animation d'équipe appartiennent à sa fonction mais le cadre est porteur des projets institutionnels. Il occupe une place centrale entre les dirigeants chargés de définir les orientations et le personnel chargé de les mettre en œuvre et sans l'adhésion duquel rien ne peut aboutir. Proche du terrain, il est l'interface de l'environnement hospitalier (médical, paramédical, médico-technique) et de l'environnement extérieur (malades, familles, structures extra hospitalières).

C'est donc sur les cadres que l'institution s'appuie pour conduire son évolution et l'amélioration des prestations.

Aujourd'hui et depuis quelques années, on peut lire et entendre à travers les médias que « les cadres vont mal ». Le malaise des cadres est réel. Il se traduit par des départs, des baisses de motivation, du mécontentement. Les causes sont nombreuses et variées : restructuration, fusion d'établissements, organisation en pôles d'activité et contractualisation interne, réduction des moyens, sentiment que l'institution leur en demande de plus en plus tout en les considérant de moins en moins.

Les cadres sont nos principaux collaborateurs dans notre fonction de Directeur des Soins. C'est avec eux que nous réalisons nos principales missions orientées vers l'amélioration du service rendu au patient.

La programmation des actions d'amélioration se fera avec l'ensemble de l'encadrement. Après avoir listé avec le directeur qualité toutes les actions relevant du champ de compétence de la direction des soins, les cadres seront sollicités pour déterminer les actions à mener à un an, deux ans, trois ans.....et se positionner en tant que responsable de la conduite de ces actions. En fonction de leur champ d'activité, de leur centre d'intérêt, ils deviennent ainsi chef de projet d'actions d'amélioration, ce qui les responsabilise directement dans la démarche.

Ces chefs de projet négocient avec le Directeur des Soins et le Directeur Qualité la conduite des projets : identification précise du processus concerné, constitution du groupe (nombre et catégorie professionnelle et sectorielle des participants), méthodologie envisagée, fixation des échéances .Afin de valoriser les personnels, un courrier nominatif, signé du Directeur des Soins, officialisera leur participation au groupe en les remerciant de leur implication.

Afin d'assurer le suivi des projets, le Directeur des Soins mettra en place des revues de projets, à échéance régulière soit de manière individuelle avec chaque chef de projet, soit de manière collective. Cette seconde solution nous semble plus enrichissante car elle permet aux chefs de projet d'échanger sur leur expérience, leurs difficultés, leurs satisfactions. De plus, elle permet une première diffusion d'information sur l'avancée des travaux.

En dehors de ces revues de projet, le Directeur des Soins doit être disponible pour répondre à toute demande d'aide des chefs de projet.

L'évaluation de l'engagement dans la démarche d'amélioration continue de la qualité sera intégrée dans les critères de l'évaluation annelle de l'encadrement, à travers des objectifs opérationnels qui peuvent faire l'objet de "contrats de délégation".

Le Directeur des soins est le responsable institutionnel de l'amélioration des prestations soignantes. La délégation à l'encadrement de la conduite des projets ne signifie pas qu'il abandonne cette mission. Il prouve ainsi sa confiance aux cadres pour la mise en œuvre d'un projet collectif.

Positionner les cadres en tant que chef de projet implique pour le Directeur des Soins d'accepter de leur déléguer l'autorité nécessaire pour assumer pleinement leur mission. Dès lors, il doit adopter une forme d'autorité basée sur la collaboration et la concertation, laisser aux cadres une zone d'autonomie, de créativité.

Manager l'équipe de cadres sur un mode participatif par projet afin de les positionner de manière structurée et continue dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement permet de redonner un sens à la fonction d'encadrement, de recentrer leurs missions sur le soin et autour du patient.

## CONCLUSION

En incitant les établissements de santé à mettre en place des démarches d'amélioration continue de la qualité, l'accréditation entraîne de nombreuses conséquences sur le management hospitalier.

Les facteurs de réussite sont entièrement contenus dans la capacité de l'institution à développer un travail partenarial entre la direction et les personnels et une forte implication respective.

La démarche d'accréditation s'inscrit dans la durée. Sa pérennisation implique un style de management qui motive les professionnels à devenir acteurs à part entière et à coopérer à tous les niveaux de l'organisation. Développer une participation, c'est mettre les individus, non plus en position d'exécutants de décisions énoncées sans aucune concertation mais en individus responsables. C'est privilégier la formation et la communication. C'est également reconnaître et valoriser l'investissement des professionnels.

Promouvoir la qualité est souvent complexe car immatériel ( les indicateurs sont peu développés, l'effet des actions correctives apparaît sur du long terme). Améliorer la qualité est un concept abstrait, informel qui peut et doit être formalisé à travers des projets précis, structurés, en cohérence avec les dysfonctionnements identifiés.

Le Directeur des Soins, responsable de la qualité des prestations soignantes a un rôle primordial à jouer dans la pérennisation de ces démarches. Mais un projet qualité ne peut être l'affaire d'une seule personne. Un réseau porteur est nécessaire pour que le projet évolue. L'équipe d'encadrement doit être ce réseau. Nous sommes convaincus que les cadres de santé sont une pièce maîtresse dans la construction de la sécurité et de la qualité des soins. Ils représente un potentiel de compétences et de connaissances que le Directeur des Soins doit chercher à valoriser sans cesse.

# BIBLIOGRAPHIE

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

### LOIS :

- **Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991** *portant réforme hospitalière*, J.O. du 2 août 1991, 10255-10269
- **Loi N° 2002-303 du 4 mars 2003** *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, J.O du 5 mars 2002

### ORDONNANCES :

- **Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996** *portant réforme de l'hospitalisation publique et privée*, J.O. du 25 avril 1996, 6324-6339

### DECRETS :

- **Décret 2002-550 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps de directeurs des soins, J.O. du 23 avril 2003

### OUVRAGES :

**ABBAD J.** Organisation et management hospitalier : mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital, Editions Berger-Levrault, 2001, 417 pages

**AFNOR**, Le management par projet, concept

**AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE**, Manuel d'accréditation, février 1999, 110 pages

**AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE**, Préparer et conduire sa démarche d'accréditation : guide pratique, juin 1999, 110 pages

**AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE**, Evaluation d'un programme d'amélioration de la qualité : les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français, avril 1999, 105 pages

**AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE**, Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques, octobre 1996, 79 pages

**BRILMAN J., GELINIER O.** *Les meilleures pratiques du management : au cœur de la performance*, Paris, Editions d'Organisation, 2001, 472 pages.

**BRUN J.** *Qualité des soins : une approche ISO 9000*, Editions Berger-Levrault, 1996, 150 pages

**CHAIGNEAU Y., PERIGORD M.** *Du management de projet à la qualité totale*, Paris, Les Editions d'Organisation, 2001, 366 pages

**CRUCHANT L.** *La qualité*, Editions Presses Universitaires de France, Collection Que-Sais-Je ?, n° 2779, Vendôme 1998, 121 pages

**HERMEL P.** *Le management participatif : sens, réalités, actions*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1988, 253 pages

**HUBINON M.**, *Management des unités de soins*, De BOECKKKK Université

**JOLY M., MULLER G.** *De la gestion de projet au management par projets*, AFNOR, 1992, 212 pages

**LETEURTRE H., PATRELLE I.** *La qualité hospitalière*, Editions Berger-Levrault, Collection Audit hôpital, janvier 1999, 380 pages

**NERE J-J.** *Comment manager un projet. Responsabilités, travail en équipe : un enjeu pour les managers*, Paris, les Editions Demos, 2000, 174 pages

**NIZARD G.** *L'hôpital en turbulence*, Editions Privat, 1994, 176 pages

**PERIGORD M.**, *Réussir la qualité totale*, Paris, Editions d'Organisation, 1987

**RAYMOND J-L., DEHARO A., JEZEQUEL N.** *Donner du sens à la qualité dans les établissements de santé*, Bordeaux, les Etudes Hospitalières, 2001, 280 pages

**RAYNAL S., HUVELIN B.** *Le management par projet : approche stratégique du changement*, Paris, les Editions d'Organisation, 1996, 263 pages

**WALTER M-H., HORN M.** *L'assurance qualité, clé de l'accréditation en santé*, Paris Editions Masson, 2000, 175 pages

#### **ARTICLES ET REVUES :**

**BERTEZENE S.** Démarches d'amélioration de la qualité : état des lieux, *Gestions Hospitalières*, novembre 2001, pp 710-721

**BRAY L., VANDERLIEB C.** Evolution des pratiques managériales et approche du management, *Gestions Hospitalières*, février 2002, pp 101-104

**BRIAND S., BAZIN A., GERBAUD L.** Perception de la qualité dans le secteur sanitaire et impact sur la démarche qualité, *Cahiers de Sociologie et Démographie Médicales*, 1° trimestre 2001, pp 29-46

**BRUNEAU C., MOUNIC V., LACHENAYE-LLANAS C.** Une enquête nationale de l'ANAES : le point sur l'accréditation, *Gestions Hospitalières*, janvier 2002, pp15-18

**C.N.E.H.** La qualité à l'hôpital, *Technologie Santé* n° 32 numéro spécial, décembre 1997, 85 pages

**CENTOGAMBE – FABRE C.** L'intérêt du management par projet, *Objectifs Soins*, avril 2002, pp 11-12

**COCHOY F.** Profession, participation, patient : 3 enjeux pour la qualité des soins, *Sciences Sociales et Santé*, vol 19, juin 2001

**COUDRAY M-A.** La qualité, l'hôpital et l'Infirmière Générale, *Soins – Formation – Pédagogie – Encadrement* n° 13, 1° trimestre 1995, pp 14-18

**DAUCOURT V., MICHEL P.** L'accréditation passée au crible dans 100 premiers comptes – rendus publiés par l'ANAES, *Gestions Hospitalières*, avril 2002, pp 235-242

**HAEFFNER A-L.** Cadres IDE et démarche qualité : des managers en mutation, *Gestions Hospitalières*, février 2002, pp97-100

**HURLIMANN S., CHAMBINE S., DIVENAH A** et al. Anticiper l'échec de la qualité à l'hôpital : quelles actions préventives ? *Journal d'économie médicale*, 2000, T 18, n°6, pp349-362

**LUCAS S** Les trois niveaux du management, *Objectifs Soins*, août – septembre 2001, pp 4-6

**RAIKOVIC H.** La démarche qualité, du discours à la réalité, *Décision Soins – Stratégie Santé*, février 2000, pp 13-18

### **MEMOIRES :**

**FEUILLADE– FAVREL F.** Préparation du centre hospitalier d'Orsay à l'accréditation : mise en place d'une politique d'amélioration de la qualité, ENSP, formation des Infirmiers Généraux, 1999, 91 pages

**VOSSART R.** La démarche qualité, un choix stratégique pour l'hôpital : contribution de l'Infirmier Général à partir d'un exemple dans les blocs opératoires, ENSP, formation des Infirmiers Généraux, 2001, 67 pages

## LISTE DES ANNEXES

### **(Annexes non publiées)**

**ANNEXE 1** : Guide d'entretien avec les Directeurs des Soins

**ANNEXE 2** : Grille d'entretien avec les Directeurs Qualité

**ANNEXE 3** : Formalisation d'un projet qualité